



V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

2009/2011

COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS EM SAÚDE:

***COMUNICAR PARA A QUALIDADE, COM O UTENTE E EM EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR***

Projecto de investigação apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública para
obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde

Por Ana Isabel Amado Alves

Sob a orientação do Professor Paulo Kuteev Moreira

Lisboa, 25 de Julho de 2011

«Quanto mais alto se sobe, mais longe é o horizonte.»

Vergílio Ferreira

Agradecimentos

Reconheço que não seria possível chegar até este patamar da vida sem o contributo marcante de importantes pessoas que, ao apostarem no meu valor, incentivaram-me ao longo do percurso, com palavras sábias de força e inspiração.

Ao Professor Paulo Moreira, pelo entusiasmo ao aceitar a orientação deste projecto, apesar do pouco tempo livre para a elaborar, mostrando-se sempre disponível.

Aos meus queridos colegas de mestrado, pelos momentos únicos partilhados de alegria, trabalho e boa disposição, especialmente a Sofia Guedes, Ana Sofia Sousa, Miguel Lima e Sandra Figueiredo, a quem eu desejo toda a sorte e sucesso.

À minha família, principalmente aos meus pais, irmã e avós, por todo o apoio, carinho e orientação ao longo da vida. Estou-lhes muito grata pela educação que me foi dada, e pelas oportunidades que fizeram de mim o que sou.

Ao Luís, um agradecimento especial pela sua presença e palavras confortantes que me deram motivação na fase final, e por me ter feito acreditar na concretização deste projecto.

Resumo

O processo de comunicação em saúde encontra-se relacionado com a melhoria dos resultados em saúde através da informação, com o objectivo de influenciar indivíduos e comunidades. Os profissionais de saúde, no contexto da prestação de cuidados, necessitam de deter determinadas competências interpessoais e de comunicação no sentido de promover a qualidade e segurança do doente, contribuindo para a diminuição do erro clínico através de uma comunicação eficaz em equipa. Estabelecer uma relação de empatia e confiança com o doente, saber escutar e compreender a sua perspectiva definem-se, entre outras, por capacidades essenciais a estes profissionais, a par de uma comunicação verbal e escrita clara e assertiva, cujo impacto se reflecte também na satisfação do utente. O ensino destas competências é fundamental para habilitar os profissionais a lidar com diversas situações, contribuindo para a excelência técnica e qualidade dos cuidados. A sua avaliação é essencialmente realizada durante a formação académica, a nível internacional, sobre o que a literatura descreve várias metodologias possíveis. O método utilizado com maior frequência consiste na observação directa da interacção entre o aluno e o doente, em contexto real ou simulado, através de uma *checklist* formada por itens correspondentes a atitudes e comportamentos que avalia a presença das competências necessárias. O desenvolvimento destas competências passa por sensibilizar os profissionais para a sua importância, dar-lhes formação e avaliar, apostando na continuidade da investigação.

Palavras-chave

Comunicação; competências; interpessoais; avaliação; utente; equipa.

Abstract

The process of health communication is related to the improvement of health outcomes through information, by influencing individuals and communities. Healthcare providers need to detain interpersonal and communication skills to promote quality and patient safety, and contributing to the decrease of clinical error through effective communication in the team. Establish a relationship of trust and empathy with the patient, learn to listen and understand his perspective are, amongst others, essential skills to these professionals, alongside a verbal, and clear and assertive writing communication, which has impact in patient satisfaction. The teaching of these skills is crucial to enable professionals to deal with various situations, contributing to technical excellence and quality of care. Its assessment is primarily held during the academic training, in other countries, on what literature describes several possible methodologies. The most frequently used method consists in the direct observation of the encounter between the student and the patient, in a real or simulated context, through a checklist formed by matching items the attitudes and behaviors that evaluates the presence of skills required. These skills can be developed by sensitize professionals to its importance, by teaching and evaluation, and continuing to research.

Key-words

Communication; interpersonal; skills; assessment; patient; team.

Lista de acrónimos

ACGME – Accreditation Council for Graduate Medical Education

CCOG – Calgary-Cambridge Observation Guide

CEX – Clinical Evaluation Exercise

HMSCSF – Harvard Medical School Communication Skills Form

OSCE – Objective Standardized Clinical Examination

SEGUE – Set the stage, Elicit information, Give information, Understand the patient's perspective, End the encounter.

Wy-Mii – Wayne State Medical Interviewing Inventory

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Metodologias de avaliação de competências interpessoais e de comunicação.

Índice

Parte I.....	8
1. Introdução	8
2. Objectivos do estudo	10
3. Metodologia	11
Parte II.....	12
1. O processo comunicacional em saúde.....	12
1.1. Capacidades comunicacionais.....	16
1.2. Competências interpessoais em saúde	17
2. A comunicação entre profissional de saúde e utente	21
2.1. Competências interpessoais na relação com o utente.....	24
2.2. Satisfação do utente	27
3. Comunicar em equipa	30
3.1. Competências interpessoais na relação em equipa multidisciplinar	32
4. Avaliação de competências interpessoais e de comunicação	34
5. Metodologias de avaliação de competências	36
5.1. Observação directa	36
5.1.1. A estrutura SEGUE	39
5.2. Simulação de interacções com “doentes-padrão” (<i>Standardized patients</i>)	41
5.3. Feedback dos utentes.....	42

5.4. Avaliação em 360 graus.....	44
5.5. Avaliação de conhecimentos sobre comunicação	45
5.6. Gravação por meios audiovisuais	45
5.7. <i>Wayne State Medical Interviewing Inventory</i>	47
Tabela 1 – Metodologias de avaliação de competências interpessoais e de comunicação.....	50
6. Estratégias de desenvolvimento de competências interpessoais e de comunicação.....	53
6.1. Formação em competências interpessoais em saúde	54
Parte III.....	56
1. Limitações do estudo.....	56
2. Conclusões/Recomendações	57
3. Referências bibliográficas e electrónicas	61

Parte I

1. Introdução

As expectativas esperadas por parte dos profissionais de saúde não se cingem unicamente a factos clínicos, a comunicação e as relações interpessoais assumem igualmente um papel crítico nos cuidados de saúde, com importante influência nos resultados de saúde. O estímulo da dinâmica relacional de uma organização de saúde baseia-se precisamente nas competências interpessoais e de comunicação dos profissionais, que devem ser desenvolvidas com vista ao sucesso e, numa perspectiva mais basilar, à sobrevivência da própria organização.

A importância da comunicação no âmbito da saúde tem sido alvo de estudo ao longo das últimas décadas, com grande expressão no campo da saúde pública, cuja investigação e desenvolvimento têm-se reflectido em áreas como a comunicação em situações de risco, marketing social, comunicação interpessoal e *mass media*, com importante contributo para o desenvolvimento de programas de educação para a saúde, elaboração de políticas e para a melhoria dos níveis de literacia em saúde.

Tendo por base o tema da comunicação em saúde, este trabalho incide especificamente sobre as competências interpessoais e comunicacionais, explorando a sua importância no contexto da prestação de cuidados. Sabe-se que estas aptidões, inerentes à prática clínica, determinam a eficácia do desempenho profissional, tanto a nível técnico como relacional, cujo desenvolvimento promove a responsabilização dos profissionais para as boas práticas, facilita a gestão dos cuidados bem como as relações interpessoais e a gestão de conflitos. Não só influenciam o desempenho profissional, mas também, como vários estudos referem, a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, promovendo a qualidade e a segurança do doente.

Pelo facto das competências interpessoais e de comunicação em saúde constituírem um tema pouco estudado a nível nacional e que, de acordo com a literatura, apresentam um impacto significativo nos resultados obtidos em saúde, faz sentido reflectir e aprofundar este assunto.

Procura-se com este projecto dar resposta à seguinte questão de investigação:
Quais as competências interpessoais e de comunicação que devem estar presentes nos profissionais de saúde?

Ao realizar uma revisão de literatura com base na investigação internacional, a autora pretende clarificar quais são as competências interpessoais e de comunicação essencialmente necessárias aos profissionais de saúde em dois contextos distintos: na interacção com o doente e na relação com outros profissionais.

É intrínseco às relações terapêuticas uma complexidade difícil de avaliar, pois contém sobretudo elementos subjectivos, colocados nessa relação por ambas as partes envolvidas.

A avaliação das competências interpessoais e comunicacionais de profissionais de saúde trata-se de uma prática relativamente recente, que decorre principalmente em contexto de ensino e que, embora se trate de um processo complexo, justifica a sua utilidade e importância com os objectivos de treinar os estudantes, melhorar o desempenho profissional e contribuir para elevados padrões de qualidade dos cuidados de saúde. No presente projecto são referidas as metodologias correntes de avaliação de competências e realizada uma breve análise acerca da sua aplicação.

Pretende-se que este trabalho impulsione o desenvolvimento da avaliação e melhoria das competências interpessoais dos profissionais de saúde, no âmbito da promoção da qualidade em saúde, constituindo uma prática inovadora a nível nacional.

2. Objectivos do estudo

Os objectivos definidos para este trabalho procuram responder à questão de investigação e, nesse sentido, a autora propõe-se a:

- i. Identificar o estado de arte descrito pela investigação internacional;
- ii. Identificar as competências interpessoais e de comunicação necessárias aos profissionais de saúde, de acordo com a literatura;
- iii. Identificar e descrever alguns métodos existentes para avaliar as competências interpessoais dos profissionais de saúde;
- iv. Identificar dimensões que devem estar presentes na avaliação de competências interpessoais e comunicacionais, com vista a integrarem um possível instrumento de avaliação a aplicar nos serviços de saúde;
- v. Sugerir estratégias de desenvolvimento dessas competências de forma a melhorar as relações interpessoais.

3. Metodologia

Para a elaboração deste trabalho, foi realizada uma revisão da literatura baseada na investigação internacional existente sobre o tema, com o objectivo de criar uma rede de conhecimento com a informação mais actual.

A investigação realizada pressupõe uma análise qualitativa descritiva, tratando-se de um estudo do tipo exploratório, com base na revisão da literatura, que a autora pretende que seja de forma representativa e não exaustiva. O foco do estudo incide sobre o tema da comunicação em saúde, mais especificamente sobre competências interpessoais e de que forma estas são avaliadas.

Para a revisão bibliográfica, a pesquisa efectuada pela autora teve lugar através de várias base de dados, como a *Pubmed*, *B-On*, *Google* e repositório digital da Escola Nacional de Saúde Pública e do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, tendo sido consultada bibliografia de referência das bibliotecas de ambas as escolas. Procedeu-se a uma leitura de artigos de forma a conhecer teorias e conceitos existentes, cuja selecção teve por base os critérios relativos ao tempo de publicação – considerados apenas os mais recentes – e à relevância para o presente projecto de investigação, efectuada através das palavras-chave “*interpersonal skills*”, “*interpersonal skills assessment*”, “*health communication*”, e de outros conteúdos relacionados com a temática escolhida.

Neste projecto, pretende-se assim explorar os conceitos associados ao tema das competências interpessoais na relação com o utente e com outros profissionais e, partindo da análise dos métodos de avaliação de competências, identificar quais as principais dimensões susceptíveis com vista a integrar num instrumento de avaliação a aplicar nos nossos serviços de saúde, de acordo com o que é sugerido e descrito pela literatura internacional.

Parte II

1. O processo comunicacional em saúde

Os desafios de uma sociedade de informação e conhecimento reportam-se essencialmente à necessidade absoluta de diálogo, de as pessoas comunicarem umas com as outras, de forma a evitar a fragmentação e o isolamento. Quanto maior a nossa capacidade de processamento e distribuição de informação e conhecimento, menor a nossa capacidade para comunicar e conversar, pelo que urge nas sociedades modernas comunicar, ao invés de obter mais volume de informação. Saber comunicar não é especificamente ensinado, e na área da saúde assume um peso fundamental.

Considerando uma organização como um sistema complexo em rede e como produto do processo de comunicação, é exigida coordenação às actividades que decorrem, como é o caso de uma unidade de cuidados de saúde. Esta coordenação é adquirida através da comunicação, onde as práticas são inerentemente comunicacionais. É, pois, através da comunicação que, de um ponto de vista teórico, se unem pessoas, materiais, locais e actividades, de forma a coordená-los (Taylor, 1993).

A evolução da dinâmica organizacional atribui um nível de complexidade extremamente elevado aos serviços de saúde levando-os a organizarem-se como empresas, somando a este facto a imposição da tecnologia emergente, situação que conduz a uma quase extinção de aspectos como a valorização da pessoa doente e fragilizada, com diminuição da humanização dos cuidados e da relação interpessoal.

Tendo em consideração que uma organização de saúde, como um sistema adaptativo aberto e complexo, caracterizada por múltiplas interações e pela constante necessidade de troca de informação, a comunicação é, como afirma Duffy *et al.* (2004), a competência vital para a prática de cuidados de saúde, sendo

fundamental na educação para a saúde. Pode ser definida através de comportamentos observáveis e tarefas específicas, como a colheita da informação necessária para elaborar a história clínica do doente, explicar o diagnóstico, transmitir orientações terapêuticas e obter de forma correcta o consentimento informado para procedimentos. Mas não só de conteúdo informativo se define a capacidade de comunicar, sendo muito mais abrangente no que diz respeito à forma e contornos que adquire na relação com o outro.

A utilização de estratégias adequadas de comunicação permite que o profissional seja capaz de identificar as necessidades do doente. A comunicação efectiva é, portanto, de acordo com a *Joint Commission*, o elemento chave para garantir a segurança do doente, reflectindo-se directamente na qualidade dos cuidados. Como melhor ferramenta de gestão do risco que é, torna-se tanto mais efectiva quanto maior a participação de todos os elementos envolvidos e quanto mais interacção e diálogo existir.

O processo comunicacional envolve aptidões interpessoais importantes que permitem ao profissional adequar a informação que pretende comunicar, estabelecer uma relação de abertura com o utente respeitando o seu direito à informação, incentivá-lo a tornar-se um consumidor crítico de cuidados de saúde, promover a mudança de atitudes, aumentar os seus conhecimentos, contribuindo deste modo para melhores níveis de literacia em saúde.

Schiavo (2006) define comunicação interpessoal como o processo de enviar e receber mensagens com outra pessoa, que implica determinadas competências de alguma forma complexas, adequadas a essa comunicação. Consiste, segundo a mesma autora, na troca de informação através de expressão oral, escrita ou comportamental, que contém uma mensagem escrita ou falada, através do acto de comunicar, criando uma relação de compreensão e empatia entre o emissor e o receptor.

Sendo este um processo que se efectua em dois sentidos, para a comunicação ser efectiva, o emissor deve garantir que tem a atenção total do receptor, falar com voz clara e em tom elevado, formular uma mensagem clara e facilmente compreensível, explicar os termos técnicos que utiliza e ser capaz de adaptar a informação de saúde ao receptor. No papel de receptor, como bom comunicador, o profissional deve incentivar o utente a falar abertamente, dedicar total atenção à pessoa e à sua mensagem, assegurar que a mensagem é compreendida e, se necessário, pedir para repetir, e responder de forma completa às questões que lhe são colocadas.

Relativamente ao conteúdo da comunicação, Thompson (1994) revela que doentes que manifestam necessidade de obter mais informação sobre diagnóstico e tratamento são os que a recebem em maior quantidade, dependendo também das características dos médicos quanto ao tipo de resposta a esse comportamento.

Os resultados que se pretendem alcançar com uma comunicação efectiva reportam-se, em último grau, a mudanças no estado de saúde, decorrentes de alterações no conhecimento adquirido pelos utentes e família que possa vir a ter impacto em futuros cuidados, alteração de comportamentos que permitam influenciar positivamente a sua saúde e aumentar a sua satisfação com os cuidados recebidos e os resultados alcançados.

Importa, por isso, reflectir sobre a forma como comunicamos quer seja com os doentes ou com os colegas e outros profissionais, e tentar perceber que aspectos são susceptíveis de melhorar para que se alcancem os resultados desejados e se criem relações harmoniosas.

Comunicação em saúde, segundo Teixeira (1996), é definida como o “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”. Sendo este o objectivo estratégico mais importante – a promoção da saúde – a comunicação em saúde é um tema muito amplo, de carácter transversal,

com finalidades diferentes e abrangido por contextos variados, adquirindo forte expressão na área da saúde pública, mas também na relação entre os profissionais de saúde e utentes, e na sua satisfação. O mesmo autor vem reforçar teorias anteriores afirmando que a comunicação em saúde assume uma importância central e estratégica na medida em que influencia a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde por parte dos utentes de forma significativa, a adaptação à sua condição clínica e os comportamentos de adesão terapêutica.

Assim, comunicar de forma efectiva em saúde tem uma influência importante a nível individual, no sentido de motivar para a mudança, e comunitário, contribuindo para a promoção de ambientes equilibrados e estilos de vida saudáveis, bem como para a melhoria do acesso a cuidados de saúde, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Infere-se da literatura, portanto, que a comunicação está intimamente associada ao conceito de qualidade. Como afirma Simpson *et al.* (1991), ouvir e compreender as preocupações dos utentes e promover a sua participação nos cuidados tem efeitos positivos como a diminuição da pressão arterial, da ansiedade e melhor gestão da doença crónica, no caso da diabetes e hipertensão arterial. No entanto, existe ainda pouca evidência sobre o efeito de comportamentos de comunicação na eficácia e eficiência dos cuidados de saúde (Parker, Coiera, 2000), tendo em conta que um grande número de factores pode influenciar este comportamento nas organizações de saúde, tais como as infra-estruturas de comunicação disponíveis, o tipo de trabalho desenvolvido e práticas individuais.

Coier e Tombs (1998) afirmam que são as fracas infra-estruturas e pobres práticas comunicacionais que fazem com que o sistema de saúde sofra fortes ineficiências. Um estudo retrospectivo realizado em alguns hospitais na Austrália, referido pelos mesmos autores, identifica os problemas de comunicação como a causa mais frequente de morbilidade e mortalidade evitáveis, duas vezes mais comuns que erros associados a práticas clínicas. Estes dados evidenciam que é fundamental

que todos os elementos da equipa multidisciplinar se concentrem nos mesmos objectivos e que comuniquem entre si de forma clara e assertiva, no sentido de evitar falhas que possam ter consequências severas, existindo por isso ainda uma grande necessidade de investimento na comunicação em saúde.

1.1. Capacidades comunicacionais

Duffy *et al.* (2004) menciona no seu artigo as aptidões de comunicação mais importantes, identificadas pelo *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) e pelo *Kalamazoo I Consensus Statement*, que devem estar presentes nos profissionais de saúde:

- Saber escutar o doente (permitir que este termine uma frase iniciada);
- Obter informação através de questões cuidadas – utilizando perguntas abertas que permitem liberdade de expressão e promovem o diálogo, e perguntas fechadas para colher informação;
- Esclarecer dúvidas e resumir aquilo que foi dito pelo doente, repetindo de forma a ser confirmado pelo próprio;
- Fornecer informação através de explicações claras e simples, avaliando se o doente compreendeu o problema e se necessita de mais informação;
- Aconselhar e educar o doente, de acordo com os seus objectivos e valores, utilizando palavras do quotidiano e promovendo comportamentos saudáveis;
- Tomar decisões informadas com base na informação do doente e nas suas preferências, de forma imparcial.

De acordo com a *Joint Commission*, o desenvolvimento de padrões de comunicação na organização, a nível de recursos e formação dos profissionais,

torna-se útil para clarificar a percepção das necessidades de comunicação dos doentes, que muitas vezes se encontram incapazes de se expressar devido a vários motivos como diminuição da acuidade visual e/ou auditiva, afectação do discurso, entubação, limitação cognitiva, doença, aspectos linguísticos e culturais, ou por iliteracia em saúde.

Perante um doente com dificuldades em comunicar, o profissional de saúde procura adoptar estratégias, de certo modo improvisadas, que permitem transmitir informação ao doente e obtê-la dele. No entanto, a falta de evidência impede de se saber se serão essas as estratégias que melhor funcionam e que mais eficazmente contornam as dificuldades e conduzem o processo comunicacional. Acontece que, por vezes, existem recursos de suporte, no entanto os profissionais não recebem a formação adequada no sentido de os usufruir, sendo por isso fundamental desenvolver as competências necessárias ao processo de comunicação.

1.2. Competências interpessoais em saúde

As competências interpessoais são, como já tem vindo a ser referido, intrínsecas ao processo relacional, reunindo um conjunto de qualidades humanas. Reportam-se à interacção face-a-face, considerada privilegiada e essencial no contexto dos cuidados de saúde, e permitem construir uma relação terapêutica ao ser expressa empatia e vontade de trabalhar em equipa com o doente.

Na prática, as competências assumem um peso estratégico, pela forma como delineiam o modo como se assiste às pessoas e influenciam o desempenho das interacções das equipas de trabalho face às exigências e complexidade das organizações.

Por isso, para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e efectivos, os profissionais necessitam de desenvolver competências interpessoais em comunicação, liderança e gestão, sendo estas as suas ferramentas de trabalho fundamentais, com o poder de potenciarem resultados satisfatórios no desempenho das equipas. Investir no desenvolvimento destas aptidões contribui e permite manter elevados padrões de qualidade nos cuidados e melhorar o desempenho global das organizações, com efeito positivo a longo prazo.

O ACGME, em 2005, desenvolveu um programa no sentido de providenciar recursos educativos no ensino e avaliação de competências interpessoais e de comunicação. O objectivo consiste em que os médicos residentes sejam capazes de demonstrar estas competências, e que estas resultem na troca efectiva de informação e trabalho de equipa com os utentes, familiares e outros profissionais. De acordo com o programa de desenvolvimento de competências, é esperado que: criem e mantenham uma relação terapêutica baseada na ética com os utentes; utilizem a capacidade de escuta e obtenham informação através de capacidades não verbais, escritas, de explicar e questionar; e que trabalhem em equipa, como elementos ou líderes, e com outros grupos profissionais.

Pode-se afirmar que as competências interpessoais incluem elementos importantes como:

- Respeito pelos utentes, colegas e outros profissionais;
- Prestar atenção ao doente através da comunicação verbal e não-verbal;
- Reforçar a relação terapêutica através da presença física do profissional;
- Demonstrar intenção de cuidar e interesse pelas ideias, valores e preocupações do doente;
- Apresentar flexibilidade para gerir essa relação.

Outros factores igualmente relevantes são o estabelecimento de uma ligação pessoal com o doente e compreensão da sua perspectiva acerca da doença (Duffy *et al.*, 2004).

As competências utilizadas para comunicar são influenciadas por vários factores como sentimentos, atitudes, valores, normas sociais e o ambiente envolvente, estando sujeitas a grande vulnerabilidade, correspondente à situação e ao momento específico em que ocorre a interacção.

Pode-se portanto afirmar que a importância das competências interpessoais e de comunicação nos cuidados de saúde relaciona-se com a adesão a tratamentos, alterações nos estilos de vida, cujo impacto se reflecte nos resultados de saúde. De acordo com De Negri *et al.* (1997), o desenvolvimento e aplicação destas competências promove uma relação de empatia entre o profissional e o utente, abertura por parte do doente sobre a sua história de saúde, aceitação de tratamentos e intervenções clínicas, facilita a compreensão do doente quanto à situação clínica e adesão terapêutica, e ainda fortalece o compromisso entre o profissional e o utente durante o tratamento e os cuidados de acompanhamento.

Ao estabelecer-se uma relação de confiança, é facilitada a colheita da história clínica do doente permitindo uma melhor definição do diagnóstico e do plano de tratamento, bem como facilita a intervenção do profissional como educador do utente sobre saúde, esclarecendo as suas dúvidas, escutando as suas preocupações, respeitando os seus sentimentos e apoiando as suas decisões.

Estas capacidades de comunicação são informalmente adquiridas através da prática clínica, pois existe um défice de conhecimento integrado na formação académica. Contudo, é esperado que essas aptidões sejam demonstradas durante o período de formação, através da forma como o estudante se relaciona com o utente e com os profissionais, exigindo algum grau de auto-motivação e de iniciativa própria para as desenvolver (Duffy *et al.*, 2004).

O desenvolvimento das competências interpessoais conduz assim a largos benefícios: promove um ambiente amigável para utentes e profissionais, contribui para a diminuição da percentagem de queixas e processos litigiosos, aumenta a produtividade, permite uma gestão eficaz do tempo, e ainda favorece a boa reputação da organização de saúde (Barakat, 2007).

2. A comunicação entre profissional de saúde e utente

Na relação com o utente, é o enfermeiro que assume, mais do que outro profissional, uma posição privilegiada e fundamental no processo de comunicação, pelo facto de passar mais tempo junto do mesmo, com mais oportunidades de comunicar, sendo assim fundamental que o faça de forma eficaz. Perante a individualidade muitas vezes fragilizada e vulnerável do utente, a comunicação estabelecida entre este e o profissional de saúde adquire um grande impacto, decidindo a forma como vai lidar com a sua própria situação clínica, como vai julgar e avaliar os cuidados recebidos.

Analisando a interacção com o doente, esta pode ser dividida em duas partes: a parte emocional e afectiva que contribui para a relação terapêutica entre profissional e utente, e a parte curativa, mais instrumental e técnica, direccionada para acções de prevenção, diagnóstico ou tratamento da doença. Os utentes tendem a sentir-se mais satisfeitos quando a maior parte da interacção é de cariz emocional (Greenhalgh, Heath, 2010).

De acordo com Hobgood *et al.* (2002), ao comunicarem com o doente os profissionais devem ser capazes de se expressar claramente, utilizando linguagem compreensível e saber ouvi-lo, incluindo-o nas decisões clínicas e tratá-lo com respeito e empatia. Quando efectivas, estas competências aumentam os níveis de satisfação dos utentes melhorando o seu estado de saúde, compreensão e adesão terapêutica, na medida em que a satisfação do doente está directamente relacionada com a informação que recebe.

A atenção e a relação com os doentes, por parte dos médicos, enfermeiros e restante pessoal hospitalar são assim considerados aspectos essenciais ao bom funcionamento de uma organização de saúde, de que vai depender a sua eficácia. Este facto é referido por todos os hospitais envolvidos num estudo realizado a nível nacional sobre comunicação hospitalar, a acrescentar que cerca de noventa e um por cento dos inquiridos identifica também o tratamento dos doentes por

parte dos médicos e dos enfermeiros como outra das áreas prioritárias a nível financeiro da gestão hospitalar, a par das acima referidas.

Uma boa comunicação traduz-se, como tem vindo a ser referido, em qualidade nos resultados das intervenções, melhorando a relação entre profissionais e utentes. A ocorrência de problemas de comunicação interfere inevitavelmente na tomada de decisão do doente e na sua participação nos cuidados, influenciando a sua capacidade de *empowerment*, razão pela qual a informação deve ser transmitida ao doente de acordo com as suas necessidades. As falhas no processo comunicacional reflectem-se igualmente no diagnóstico, tratamento e adesão terapêutica. Uma dessas falhas, segundo Santos *et al.* (2010), consiste no facto de os profissionais não terem ao seu dispor toda a informação necessária relativa aos doentes e a exames ou tratamentos a que vão ser submetidos, com efeito negativo na qualidade e nos resultados obtidos. Saliencia-se aqui a importância da comunicação consistente e efectiva entre profissionais de saúde, durante momentos cruciais como as passagens de turno e ao longo do funcionamento diário.

É descrito por vários autores que o utente, ao sentir-se insatisfeito com o défice de competências interpessoais dos profissionais de saúde, recorre a profissionais não clínicos que, por sua vez, demonstram possuir essas competências. Isto revela que a base dos cuidados de saúde é precisamente o acto de comunicar com o utente. No entanto, há que reconhecer que não só da parte profissional existem falhas comunicacionais, como também os utentes denunciam aspectos como não saber escutar, problemas de compreensão ou o facto de não questionarem, para os quais o profissional deve estar alerta procurando incentivar os utentes no sentido de se tornarem elementos activos e responsáveis em matéria de cuidados de saúde.

De acordo com Simpson *et al.* (1991), em cerca de cinquenta por cento das consultas não existe concordância entre médicos e utentes relativamente à origem da doença ou problema, pelo que a maioria das reclamações dos utentes sobre os

médicos derivam de falhas de comunicação e não de falhas na competência clínica, tal como na prática cujas falhas decorrem muitas vezes de erros de comunicação. Segundo o mesmo autor, um número significativo de doentes não compreende ou recorda o que lhes foi dito pelos profissionais sobre o diagnóstico e tratamento, originando ansiedade e insatisfação relacionado com incertezas, falta de informação, de explicações e de feedback por parte do médico. Obstáculos como diferenças culturais e linguagem demasiado técnica por parte do médico opõem-se igualmente a uma comunicação efectiva.

É por isso que se assiste a conflitos mediatizados pelos utentes contra as organizações de saúde ou profissionais, devendo-se, por vezes, à falta de humanização nos cuidados. As dificuldades de comunicação, de acordo com Teixeira (1996), surgem da diferença de ópticas quer do profissional quer do utente, em que é atribuída pouca importância à comunicação com o utente e às suas preocupações, ocorrendo uma descentralização dos cuidados. Tendo em conta que o doente é o elemento central no processo de saúde, doença e tratamento, a abordagem deve ser sempre centrada no doente, em que o médico ou enfermeiro deve procurar compreender a perspectiva do doente sobre a sua doença bem como as suas preocupações, que podem incluir medo da morte, da mutilação, incapacidade, desconfiança da opinião clínica, receio da perda de integridade, do seu status, papel social ou da sua independência, manifestar negação de problemas médicos, sendo por isso necessário explorar os valores, cultura e preferências de cada utente.

A importância de uma colheita de dados completa reflecte-se na qualidade dos cuidados e resultados de intervenções, pelo que é fundamental saber estabelecer uma boa comunicação com o doente.

O processo de consentimento informado facilita a participação do doente nas decisões acerca de cuidados, tratamentos e serviços, e exige por isso também competências interpessoais e de comunicação adequadas. Importa pois perceber o nível de literacia do doente de forma a adequar a intervenção e potenciar os

resultados de saúde. Tratando-se muito mais que um simples documento assinado, envolve educação para a saúde, devendo o profissional de saúde discutir com o doente os potenciais benefícios, riscos e alternativas (tendo em conta as suas necessidades e escolhas), esclarecer termos clínicos e certificar-se de que a informação foi compreendida.

Perceber de que forma as competências interpessoais afectam a relação entre o profissional de saúde e o utente leva a que seja reconhecida a importância do seu desenvolvimento. Estudos afirmam que uma comunicação efectiva entre profissional e utente apresenta uma influência positiva nos resultados obtidos, bem como maior grau de satisfação do utente. A aprendizagem de competências comunicacionais permite que o clínico consiga comunicar notícias negativas de forma menos desconfortável para o próprio e de forma mais satisfatória para o utente.

2.1. Competências interpessoais na relação com o utente

Na comunicação entre o profissional e o utente, sabe-se que as competências interpessoais dos profissionais determinam fortemente a satisfação dos utentes bem como a sua participação e adesão e podem influenciar positivamente os resultados de saúde (Simpson *et al.*, 1991).

Saber escutar é, provavelmente, de acordo com a literatura, a competência mais importante na relação interpessoal, pois demonstra interesse pelo doente, ao mesmo tempo que exige disponibilidade, espírito crítico e prudência nos conselhos.

Alguns autores definem que competências interpessoais são necessárias à relação entre o profissional de saúde e o doente a quem presta cuidados. Hobgood *et al.* (2002), acerca da avaliação da comunicação e competências interpessoais num serviço de urgência hospitalar, considera como factores essenciais a esta relação:

-
- Escuta activa, empatia, objectividade, controlo da dor, a resolução de problemas, auto-controlo, auto-resolução e reacções a situações negativas;
 - Capacidade de desenvolver com o doente e a sua família uma relação terapêutica efectiva;
 - Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e relacionadas com a idade dos doentes;
 - Demonstrar capacidade de desenvolver estratégias de comunicação flexíveis e específicas para cada situação clínica;
 - Motivar o utente na procura de cuidados de saúde;
 - Demonstrar capacidade de negociação e resolução de conflitos.

Thompson (1986) debruçou-se sobre a relação entre enfermeira e doente, e identifica competências interpessoais essenciais tais como:

- Obter informação – ouvir, colocar questões abertas e reflectir;
- Fornecer informação de pouca complexidade, repetidamente, de forma explícita e específica, realçando o importante;
- Estabelecer empatia;
- Demonstrar confiança e respeito, pela sua privacidade e dignidade;
- Apoiar as decisões do doente;
- Promover um ambiente tranquilo promotor do diálogo.

Partir de uma abordagem holística, ouvir o doente com seriedade e ter uma atitude positiva são outras competências interpessoais que devem estar presentes na interacção com o doente (Chisolm, Askham, 2006).

A comunicação verbal consiste na troca de mensagens faladas e escritas, entre um emissor e um receptor. Para ser efectiva, a comunicação da informação ao utente, quer seja sobre comportamentos de saúde, natureza da doença, diagnóstico e tratamentos ou mesmo durante procedimentos clínicos, deve respeitar os seguintes aspectos:

- Consistir numa linguagem simples, clara e precisa;
- Conter informação completa, de acordo com as necessidades de informação naquele momento;
- Adequar à idade, linguagem e capacidade de compreensão;
- Evitar termos científicos e confusos;
- Escutar atentamente o utente.

Cumprimentar o doente de forma calorosa também facilita a disposição do doente para comunicar com o profissional. Quando a informação é insuficiente ou ambígua, excessivamente técnica sobre resultados ou causa da doença, ou quando é dedicado pouco tempo ao esclarecimento da mesma, o utente experimenta ansiedade e surgem problemas de comunicação (Teixeira, 1996).

A capacidade para comunicar com o utente também se encontra relacionada com a experiência do profissional e as suas competências interpessoais, que influencia a complexidade e o sucesso da comunicação. Como é referido por Duffy *et al.* (2004), quanto maior o conhecimento sobre opções terapêuticas e preferências do doente, maior a capacidade de comunicar e discutir planos de tratamento com o doente, que normalmente se adquire ao longo da formação clínica e da prática profissional.

A comunicação não verbal apresenta por vezes maior impacto para os doentes do que o diálogo e faz parte das competências que os profissionais de saúde devem

ter presentes. Dockrell, citado por Knapp (1994), afirma que as suas características definem-se por:

- Contacto visual com o doente (transmite confiança);
- Tom de voz, que deve ser nem muito baixo ou muito alto;
- Expressão facial e toque físico, como por exemplo segurar a mão.

Todas as formas de comunicação não verbal também contêm uma mensagem, que inclui gestos, movimentos do corpo e da face, postura, e até mesmo o silêncio é comunicador. O sorriso e o simples gesto de consentir com a cabeça ao escutar o doente são aspectos positivos e que provocam alguma tranquilidade e bem-estar no doente. O profissional deve colocar-se ao mesmo nível do utente de forma a transmitir a intenção de cuidar, de escuta e sentimento de empatia. O contacto físico como o toque pode significar afecto, sendo sinal de presença e disponibilidade do profissional, dando oportunidade ao doente para falar da sua doença e preocupações, ao mesmo tempo que reflecte e concretiza a sua perspectiva, tendo um efeito libertador. Desta forma, o profissional apercebe-se daquilo que o doente necessita de compreender sobre a sua situação, esclarecendo-o. O doente sente-se compreendido. Na minha perspectiva, saber comunicar de forma não verbal é a competência mais importante nos cuidados de saúde, essencial ao médico e enfermeiro.

2.2. Satisfação do utente

Complementando o que tem sido referido, a satisfação do doente pode estar relacionada com a qualidade da relação interpessoal valorizando, para além das competências técnicas, aspectos como humanidade e compaixão.

Para o utente, as suas necessidades não estão apenas fisicamente relacionadas com o seu estado de saúde, sendo essencialmente afectivas que, quando não correspondidas, surge insatisfação em relação ao desempenho dos profissionais de saúde, avaliando negativamente a qualidade dos cuidados recebidos. Parte desta insatisfação está relacionada com o desempenho comunicacional dos profissionais de saúde, relativamente à informação transmitida, atitudes comunicacionais, comunicação afectiva e nível de literacia em saúde dos utentes (Teixeira, 1996). Estas queixas de comunicação insensível por parte dos profissionais têm a ver com o facto de que as expectativas dos utentes hoje em dia prendem-se com o respeito pela sua autonomia, que sejam ouvidos e informados de acordo com as suas preferências, que sejam envolvidos na tomada de decisões quanto a tratamentos e que vejam reconhecidos os seus esforços no auto-cuidado (Chisolm, Askham, 2006).

Por vezes, o excesso de informação pode ser considerado prejudicial para o utente e desajustado das suas necessidades de informação. Esta deve, por isso, ser personalizada, de forma a aumentar a satisfação dos utentes, economizando tempo e facilitando a adopção dos comportamentos esperados.

No entanto, observa-se na relação interpessoal entre o profissional e o utente que há pouco incentivo para que os doentes expressem os seus sentimentos e preocupações, coloquem as suas dúvidas e partilhem a sua perspectiva. O doente assume, ainda em muitos casos, um papel demasiado passivo e pouco crítico no seu processo de saúde, principalmente perante a presença do médico, ao passo que com o enfermeiro apresenta maior abertura e receptividade à comunicação, sendo a quem mais frequentemente expressa as suas queixas. A razão que aparenta estar na origem deste comportamento resume-se à relação de maior proximidade e confiança estabelecida com o enfermeiro, ou possivelmente devido a preconceitos e/ou estereótipos associados à imagem do médico, acabando por ser o enfermeiro a assumir o papel de comunicador intermediário entre o médico e o utente, advogando pelos interesses e bem-estar deste.

Os utentes devem por isso ser incentivados pelos profissionais (e também partir de auto-iniciativa) a questionar mais sobre os cuidados de saúde que recebem, pois a sua participação activa contribui para a melhoria dos cuidados na perspectiva da qualidade, para além de que permite dar-lhes a conhecer melhor o sistema de saúde que têm ao seu dispor.

Quando existem falhas na comunicação, originando informação incompleta ou não percebida, há menor compreensão por parte do doente relativamente à sua situação o que provoca ansiedade e desinteresse, que pode resultar em não adesão aos tratamentos e até mesmo conflitos com os profissionais de saúde. Fracas competências interpessoais e de comunicação reduzem a fiabilidade e confiança na informação transmitida pelo médico, factor que conduz à insatisfação do utente (Evans *et al.*, 1992).

3. Comunicar em equipa

A comunicação entre enfermeiros, médicos e outro pessoal de saúde representa o maior fluxo de informação sobre a saúde dos utentes e que, como a literatura indica, as falhas de comunicação comprometem a segurança do doente e podem conduzir à ocorrência de morbilidades e, inclusivamente, mortalidade.

De forma a evitar a fragmentação de cuidados, a comunicação entre profissionais e a coordenação de acções é de importância vital, de que vão depender os resultados em saúde, efectividade clínica e satisfação profissional (Evanoff *et al.*, 2005). No estudo de Dingley *et al.* (2008), esta afirmação é reforçada ao referir que uma comunicação insuficiente e não efectiva entre os elementos da equipa profissional contribui fortemente para a ocorrência de efeitos adversos, cujas falhas poderão resultar em malefícios para o doente, prolongamento do internamento, aumento do consumo de recursos, insatisfação profissional e conduzir a um rápido “*turnover*” dos profissionais.

Covell (1985), citado por Coiera e Parker (2000) descreve que cerca de cinquenta por cento da informação é adquirida através de colegas ou outro elemento da equipa em vez de ser consultada no processo clínico do doente, subentendendo uma relação quase cega de confiança, sendo deste modo privilegiada a interacção através do diálogo.

A comunicação interpessoal na equipa assume grande importância pois permite assegurar a continuidade dos cuidados, pelo que não surpreende o facto de que erros na comunicação contribuam largamente para más práticas profissionais e eventos clínicos adversos. Este tipo de erro foi considerado a principal causa de morte num estudo sobre mortes nos hospitais, considerado duas vezes mais frequente do que erros associados a técnicas clínicas inadequadas (Coiera, Parker, 2000).

É de considerar a relevância do contributo de cada elemento da equipa, no entanto importa estar ciente da possibilidade de ocorrência de falhas na transmissão de informação, sendo as passagens de turno um momento crucial de comunicação, onde por vezes sucede perda de informação ou sofre influência de perspectivas individuais. Essas falhas, de acordo com Duffy *et al.* (2004), são passíveis de provocar incidentes capazes de ameaçar a segurança do doente.

Estudos referem que uma comunicação ineficaz entre profissionais de saúde e utentes pode resultar em erros de diagnóstico, tratamento inadequado e erros de medicação. É descrito por Evanoff *et al.* (2005) o efeito de uma pobre comunicação entre profissionais de saúde na qualidade dos cuidados de saúde e, consequentemente, nos resultados de saúde dos doentes. Com o objectivo de avaliar a comunicação e o consenso relativamente aos objectivos de cuidados de saúde entre enfermeiros, médicos e técnicos para o mesmo doente num determinado dia, o estudo revela que as prioridades nos cuidados aos doentes não coincidiam entre os profissionais da equipa multidisciplinar e que a comunicação verbal entre o pessoal era inconsistente. A segurança e a qualidade dos cuidados estão comprometidos pela comunicação entre os profissionais de saúde e, principalmente, pelas barreiras comunicacionais existentes entre médicos e enfermeiros, afirma o mesmo autor, devido a percepções distintas relativamente às necessidades dos doentes e a prioridades de cuidados, resultando numa abordagem fragmentada.

Actualmente, o nível de colaboração entre prestadores de cuidados aparenta ser inconsistente e frequentemente inexistente, habituados a uma pobre comunicação verbal e fraco espírito de equipa como resultado de uma cultura de baixas expectativas (Chassin, 2002, citado por Evanoff *et al.*, 2005).

De acordo com o estudo nacional realizado a nível hospitalar, os enfermeiros e os médicos assumem um papel importante na dinâmica e melhoria da comunicação interna, mas no que diz respeito à comunicação com os doentes, são os enfermeiros os grandes comunicadores, seguidos pelos médicos.

O trabalho em equipa bem sucedido, com base numa comunicação efectiva entre os profissionais, constitui um motivo de satisfação profissional e pessoal. Para tal, é fundamental que cada um reconheça o seu papel e o dos outros, bem como as competências a que cada um diz respeito, actuem de forma interdependente e que o seu foco seja o doente como um todo, na satisfação das suas necessidades e expectativas.

Neste sentido, as organizações de saúde devem elaborar políticas e procedimentos multisectoriais, de carácter transversal, dirigidos aos profissionais de saúde, de forma a promover a comunicação interdisciplinar. Para além da satisfação, é igualmente promovida a segurança do doente, a melhoria de resultados com menor custo e melhor gestão do risco.

3.1. Competências interpessoais na relação em equipa multidisciplinar

Segundo Duffy *et al.* (2004), a comunicação em equipa deve incluir competências como:

- Dialogar com elementos de diferente autoridade;
- Clarificar as mensagens recebidas e enviadas;
- Ter em atenção as funções de cada um e o tipo de relações.

O principal ou único momento de aprendizagem de competências comunicacionais com outros profissionais, como refere o mesmo autor, ocorre durante a formação clínica, sendo demonstradas através da capacidade de comunicar a história de doença de forma coerente aos colegas e outros elementos da equipa, de avaliar problemas clínicos e de apresentar possibilidades de tratamentos.

As principais barreiras a uma boa comunicação interpessoal entre profissionais estão relacionadas com um défice de trabalho em equipa e falhas nas atitudes apropriadas, frequentemente com origem na diferença de perspectivas sobre os cuidados a prestar, segundo a literatura. Como por exemplo, a visão do clínico tem por base o modelo biomédico, focando-se no tratamento médico ou cirúrgico e excluindo muitas vezes o contexto psicossocial do doente, enquanto o enfermeiro é formado no sentido de desenvolver uma visão holística do doente valorizando mais as suas preocupações, controlo da dor, dando mais atenção ao seu bem-estar, com um efeito igualmente recuperador no seu estado.

Hobgood *et al.* (2002) também identifica competências interpessoais e de comunicação necessárias à relação em equipa profissional:

- Demonstrar participação e liderança em equipa;
- Demonstrar capacidade de utilizar correctamente a informação transmitida pelos outros profissionais;
- Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e de idade dos elementos da equipa;
- Demonstrar capacidade de escutar e de questionar, tal como de transmitir informação de forma verbal, não verbal, escrita e utilizando a tecnologia disponível;
- Demonstrar capacidade de negociação e de gestão de conflitos.

4. Avaliação de competências interpessoais e de comunicação

As competências interpessoais apresentam fronteiras pouco visíveis, de mensuração delicada. Dotadas de complexidade e subjectividade, submetê-las a uma metodologia de avaliação envolve reduzi-las a elementos apreciáveis, o que representa alguma dificuldade na sua conversão em pontuações, escalas ou categorias.

No entanto, é um facto que a avaliação das aptidões interpessoais trata-se de uma prática frequente em determinadas áreas industriais de elevada fiabilidade como a aviação, energia nuclear, indústria automóvel, cuja aplicação não apresenta menor importância em contexto de cuidados de saúde, embora ainda se encontre pouco explorado.

O momento privilegiado para se identificarem lacunas no processo comunicacional em saúde é durante a prestação de cuidados, nas várias interações com o utente e no contacto entre profissionais, permitindo analisar a necessidade de implementar estratégias com vista a melhorar a comunicação e a colaboração em equipa.

Ao se conhecerem as competências que os profissionais devem deter e demonstrar na sua prática diária, é possível avaliar se estas se encontram presentes e se existe, desta forma, a preocupação de promover uma comunicação eficaz e boas relações interpessoais. Na literatura, existem variadas metodologias de avaliação de competências interpessoais que têm sido aplicadas em diversos contextos de cuidados de saúde. Contudo, em Portugal, verifica-se que apenas o ensino sobre comunicação e competências interpessoais tem merecido a devida atenção há relativamente pouco tempo, sendo um tema ainda pouco reconhecido embora com um grande potencial de investigação.

Hobgood *et al.* (2002), ao descrever a importância das competências interpessoais, defende a necessidade de formação nesta área e a sua avaliação como componentes essenciais no contexto de um serviço de saúde.

A literatura sugere vários métodos de avaliação de competências interpessoais e de comunicação (Hobgood *et al.*, 2002; Skillings *et al.*, 2010), nomeadamente as *checklists* através de observação directa da interacção entre médico e doente, *feedback* dos utentes sobre experiências vivenciadas, simulação de interacções com doentes-padrão, *Objective Structured Clinical Examinations* (OSCE), gravação em formato áudio e/ou vídeo e avaliação em 360 graus. Duffy *et al.* (2004) acrescenta ainda a avaliação de conhecimentos, percepções e atitudes dos profissionais através de provas escritas e/ou orais.

O mesmo método de avaliação pode apresentar finalidades diferentes, de acordo com o seu grau de validade e fiabilidade. Não existe, contudo, nenhum método que por si só consiga avaliar completamente as competências interpessoais e de comunicação dos profissionais, inclusivamente o facto de que as metodologias indicadas pela literatura destinam-se sobretudo a serem aplicadas a médicos ou estudantes de medicina, não tendo sido validadas para outros grupos profissionais que prestam cuidados directos ao doente e que estabelecem com ele uma relação próxima na realidade, como é o caso dos enfermeiros e dos assistentes operacionais.

De acordo com a literatura, a *checklist* é o instrumento de avaliação mais utilizado nas unidades de saúde. As competências comunicacionais podem ainda ser avaliadas por pares ou colegas e através de técnicas de auto-avaliação, cujos resultados podem ser considerados úteis para reforçar outros métodos de avaliação.

A qualidade da comunicação escrita é referida por Hobgood *et al.* (2002) como o parâmetro que tem sido menos sujeito a avaliação, pelo que deve continuar a ser desenvolvida e avaliada.

5. Metodologias de avaliação de competências

De acordo com a literatura internacional, existem portanto vários métodos para avaliar as competências interpessoais presentes na interacção com o doente, cuja aplicação tem sido principalmente testada e utilizada em contexto de ensino e momentos de avaliação, durante a formação de estudantes do curso de medicina e de médicos a frequentar a especialidade.

Os métodos podem distinguir-se em diversos aspectos, como a nível da estrutura, conteúdo, objectivo, utilidade, facilidade de utilização e características psicométricas (quanto à validade e fiabilidade do método) e, como tal, nenhum método consegue por si só avaliar cada competência interpessoal individualmente no seu todo, pelo que a forma mais efectiva de as ensinar e avaliar, afirma Duffy *et al.* (2004), envolve um programa composto por múltiplos métodos de avaliação. Outros aspectos relacionados com a escolha do método referem-se ao custo envolvido, quer em termos de recursos económicos quer de recursos humanos (incluindo o tempo).

Serão descritas, em seguida, as principais metodologias de avaliação apresentadas pela literatura.

5.1. Observação directa

Sobre os métodos baseados na observação, Fortin (2000) afirma que constam em seleccionar, provocar, registar e codificar o conjunto de comportamentos e de ambientes que se aplicam aos organismos *in situ* e que estão ligados aos objectivos da observação no terreno.

A forma mais frequentemente utilizada, de acordo com a literatura, para avaliar as competências interpessoais na relação com o utente é a *checklist*, com base na observação directa de uma interacção com um único doente.

Neste tipo de metodologia em questão, trata-se de uma observação estruturada – previamente organizada, que permite uma recolha de dados mais concreta e objectiva – e sistematizada, em que, segundo Sousa (2009), os procedimentos de observação e os factos a observar encontram-se antecipadamente bem definidos, bem como as dimensões susceptíveis de observação e a calendarização das observações.

A observação directa pode ser útil para avaliar os cuidados prestados ao doente, conhecimentos teóricos e práticos do profissional, competências interpessoais e de comunicação, profissionalismo e sistematização de práticas. A *checklist* pressupõe uma descrição de comportamentos observáveis e envolve um elemento observador treinado (professor, formador ou outro profissional) que assiste à interacção e avalia o comportamento do médico ou enfermeiro, de acordo com uma escala gradual de desempenho. Para observadores menos experientes, as *checklists* são vantajosas pelo facto de apresentarem comportamentos claramente definidos. Este instrumento apresenta também utilidade na auto-avaliação.

Neste método, o observador assume um papel neutro e não participante, pois não interage de forma alguma com o objecto de estudo no momento em que realiza a observação. Desta forma, a possibilidade de interferência por subjectividade do observador ou enviesamento ideológico ou afectivo é reduzida substancialmente, conferindo fiabilidade ao instrumento (Carmo e Ferreira, 2008).

A observação directa é assim a forma mais abrangente de se avaliar o desempenho do profissional no processo de comunicação. Apesar de não existir referência a custos logísticos, torna-se caro pelo factor tempo que exige (Hobgood *et al.*, 2002).

Outros instrumentos baseados na observação directa assumem diferentes formas, de acordo com o objectivo de avaliação, sendo estes os mais citados pela literatura (ACGME, 2005; Skillings *et al.*, 2010; Hobgood *et al.*, 2002):

- i. *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini CEX)*, utilizado para efeitos de certificação profissional, em que um observador experiente avalia as competências clínicas, relações interpessoais, atitudes e comportamentos do estudante ou formando durante a sua interacção com doentes, dando posteriormente um feedback ao aluno acerca da classificação atribuída e de que forma pode este melhorar o seu desempenho.
- ii. *Harvard Medical School Communication Skills Form (HMSCSF)*, que consiste num formulário de 7 itens de classificação global das competências interpessoais e de comunicação essenciais, através de uma escala de Lickert avaliadora da qualidade do desempenho do estudante. A sua estrutura e conteúdo são considerados válidos e a sua fiabilidade é promovida com a formação dos avaliadores.
- iii. *Calgary-Cambridge Observation Guide (CCOG)*, como estratégia de desenvolvimento de técnicas de entrevista centrada no doente, avalia cinco dimensões: início da interacção (primeiro momento de comunicação), recolha de informação (compreensão da perspectiva do doente), construção da relação, esclarecimento e planeamento e fim da sessão. Estudos sobre a sua aplicação revelam que os utentes sentem-se satisfeitos com as competências comunicacionais dos seus médicos, envolvendo-os no plano de tratamento e fornecendo informação adequada, embora não considerem uma abordagem centrada no doente. Através de dois guiões de observação, sendo um deles direccionado para a estrutura da entrevista e o outro para o esclarecimento e planeamento com o doente, é considerado um instrumento capaz de avaliar tanto o processo como o conteúdo da entrevista clínica. No entanto, é-lhe atribuída baixa usabilidade

pelos 74 itens que inclui tornando-o demorado e pouco prático no quotidiano.

5.1.1. A estrutura SEGUE

A *checklist* mais utilizada de forma abrangente apresenta a estrutura SEGUE (Hobgood *et al.*, 2002), desenvolvida pelo ACGME há mais de uma década. Cada inicial do acrónimo corresponde a uma das competências a avaliar durante o acto de comunicar com o doente: *Set the stage*, *Elicit information*, *Give information*, *Understand the patient's perspective*, *End the encounter*. Do ponto de vista da autora, corresponde à seguinte tradução: Definir a interacção, Recolher informação, Dar informação, Entender a perspectiva do doente e Finalizar a interacção.

Segundo Hobgood *et al.* (2002), esta estrutura SEGUE é a mais utilizada para ensinar e avaliar competências interpessoais e comunicacionais de médicos na América do Norte (Estados Unidos e Canadá). A sua aplicação tem sido estudada em diversos cenários, com elevada aceitabilidade, validade e fiabilidade demonstradas, cuja aplicação é considerada útil em serviços de urgência, como refere o acima referido autor.

Para cada uma das competências sujeitas a avaliação, este instrumento caracteriza-se por focalizar-se em determinadas “tarefas” específicas de comunicação, num total de 25, desde «cumprimentar o doente de forma apropriada» a finalizar a interacção com a «pergunta sobre se existe mais algum assunto que o doente gostaria de discutir» e «rever os próximos passos». Apresenta como resposta possível a cada um dos itens *sim* ou *não*, isto é, permite verificar apenas se está ou não presente determinado comportamento durante a interacção com o doente, ao passo que não avalia a qualidade do desempenho nem tem em consideração o contexto em que a “tarefa” é aplicada.

A impossibilidade deste método para classificar a qualidade com que cada tarefa foi desempenhada e a sua contextualização na estrutura da entrevista é identificada por Skillings *et al.* (2010) como uma das desvantagens deste instrumento, que não avalia o grau de eficiência da entrevista. Este autor afirma por isso que o método em questão apresenta forças mas também pontos frágeis. Apesar de ser considerado consistente e fiável, bem como de fácil utilização, o facto de apresentar um tipo de resposta binária impede que avalie diferenças na capacidade comunicacional dos médicos.

Num estudo levado a cabo pelo Wayne State University Family Medicine Residency Program, referido por Skillings *et al.* (2010), com o objectivo de testar a validade da estrutura SEGUE em médicos residentes, identificaram-se algumas fragilidades. Os resultados obtidos afirmam que este instrumento de avaliação é incapaz de detectar uma melhoria significativa na pontuação da comunicação nos elementos avaliados ao longo do tempo, tal como também não consegue diferenciar a qualidade do desempenho comunicacional entre internos e residentes, esperando-se destes últimos que apresentem competências interpessoais e de comunicação mais desenvolvidas. É, por isso, actualmente considerado um instrumento incompleto na avaliação destas aptidões.

As escalas de classificação global, como o *Harvard Medical School Communication Skills Form*, são, segundo Hobgood *et al.* (2002), um método eficaz de avaliação de competências, referido pelo autor como o procedimento mais comum, que contém um conjunto de respostas organizadas hierarquicamente com o objectivo de indicar o nível de desempenho do elemento avaliado. Apesar da sua subjectividade, comparativamente com a estrutura SEGUE, estas escalas são melhor sucedidas na distinção das capacidades comunicacionais entre internos e residentes, e têm em consideração o contexto da interacção de forma mais efectiva, ao passo que a estrutura SEGUE apresenta-se linear e não permite avaliar a coerência do discurso (a interligação entre assuntos

durante a entrevista), constituindo por isso uma característica insatisfatória (Skillings *et al.*, 2010).

5.2. Simulação de interacções com “doentes-padrão” (*Standardized patients*)

Este método de avaliação tem sido bastante estudado e utilizado, também na América do norte, com elevada fidelidade e utilidade no ensino em faculdades e avaliação de competências interpessoais e comunicacionais de estudantes de medicina. A sua utilização foi validada na área da emergência médica, entre outras especialidades. (Hobgood *et al.*, 2002).

Neste método, são treinadas pessoas de forma estandardizada, consistente e mensurável, com o objectivo de representarem o papel de doentes e assim avaliarem o desempenho do estudante, numa situação clínica real (em que o estudante desconhece que está a ser avaliado) ou simulada. O “doente-padrão” ensaia casos clínicos e simula uma história clínica e apresentação de sintomas durante a interacção, conseguindo ser mais objectivo, mais flexível e mais consistente que um doente real. Este pode utilizar uma *checklist* (como, por exemplo, a SEGUE) ou um microfone para gravar a interacção, sendo posteriormente submetida a análise, dispensando outras técnicas para completar a avaliação (Duffy *et al.*, 2004; Hobgood *et al.*, 2002).

Uma das estratégias desenvolvidas deste método, utilizada por algumas faculdades e organizações, para avaliações formativas e certificação de competências, designa-se por *Objective Standardized Clinical Examination* (OSCE). A sua função consiste em medir a qualidade dos cuidados e as capacidades comunicacionais dos estudantes ou profissionais através de um teste baseado no desempenho global. Este método retribui um bom feedback aos internos sobre as suas capacidades de comunicação na entrevista com utentes;

no entanto, apresenta como desvantagem o custo elevado associado à preparação e formação destes doentes simulados.

Na nossa realidade nacional, observa-se também a utilização desta técnica em contexto de ensino e em acções de formação, embora apenas entre estudantes, pois proporciona a oportunidade de treinar competências úteis e a possibilidade de aprender com os erros de forma a prepará-los para situações reais.

5.3. Feedback dos utentes

O doente é, por excelência, o melhor recurso nos cuidados de saúde, cujo contributo pode efectivamente melhorar a qualidade da prestação de cuidados e inclusivamente o funcionamento do sistema de saúde, embora seja frequentemente subaproveitado e o seu potencial activo nem sempre é devidamente valorizado.

Este é um método que permite aos utentes avaliarem e atribuírem uma classificação aos médicos acerca das suas competências comunicacionais, focando-se em itens comportamentais observáveis, incluindo atributos complexos e multidimensionais. Os doentes são considerados os melhores avaliadores de competências interpessoais e de uma comunicação efectiva, na medida em que se pretende que a prestação de cuidados tenha um efeito positivo sobre o doente.

Sendo a relação terapêutica uma experiência subjectiva, que envolve emoções e sentimentos, não poderia ser melhor avaliada se não fosse por um dos elementos envolvidos, neste caso o doente, que simboliza o alvo dos cuidados. Uma das vantagens deste método é o facto de dispensar a observação por parte de um terceiro elemento, evitando assim diferenças de interpretações entre o observador e o doente (Duffy *et al.*, 2004).

Existem várias estratégias possíveis de utilizar de acordo com este método, de acordo com Duffy *et al.* (2004):

- Inquéritos gerais – os utentes respondem a um questionário de avaliação de competências comunicacionais via correio electrónico, telefone ou através de uma plataforma web, utilizado por organizações de saúde, colégios profissionais de certificação e agências de acreditação; apresenta um custo elevado na sua realização.
- Inquérito no momento imediatamente seguido das consultas, de custo moderado, acerca da experiência do utente durante a interacção, incluindo avaliação de competências interpessoais do profissional;
- Espaço dedicado a reclamações dos utentes nas organizações de saúde, que são analisadas com a finalidade de avaliar a qualidade da prática de cuidados nas organizações de saúde, sendo uma medida que apresenta baixo custo.

O feedback obtido auxilia os médicos a compreenderem melhor a sua interacção com os utentes e a identificarem áreas em que podem melhorar, fortalecendo a relação entre ambos.

Segundo Duffy *et al.* (2004), os resultados dos inquéritos aplicados a doentes revelam que estes pretendem uma melhor comunicação por parte dos médicos, pelo que várias organizações de saúde utilizam escalas de classificação de satisfação dos utentes de forma a determinar as competências comunicacionais que devem ser desenvolvidas e procuram aplicar assim programas de formação especializada.

Contudo, este feedback acaba por ser influenciado pela percepção do utente acerca do seu estado de saúde. Ou seja, um utente que considere que o seu estado de saúde é pobre tende a atribuir uma classificação inferior ao desempenho do médico comparativamente àquele que se considera bem de

saúde. Outro factor que também interfere na apreciação efectuada pelo doente tem a ver com níveis elevados de satisfação sentidos pelo seu médico, representando dificuldades em diferenciar elementos desta relação interpessoal, como por exemplo classificar positivamente o item sobre participação na tomada de decisão quando este não foi sequer abordado durante a interacção sujeita a avaliação (Duffy *et al.*, 2004).

5.4. Avaliação em 360 graus

Esta técnica assenta num sistema de avaliação de competências em 360 graus, em que são obtidas apreciações de múltiplas fontes, nomeadamente de utentes e de outros elementos da equipa multidisciplinar, que avaliam essencialmente características humanas do comportamento. Quanto mais variado o grupo de avaliadores, mais útil e representativo se torna o feedback obtido. Este método inclui também uma parte de auto-avaliação considerada importante para completar o círculo de avaliação, obtendo-se assim a perspectiva de um todo. No entanto, estudos referem que este instrumento ainda se encontra em evolução, de forma a testar a sua validade e fiabilidade.

Os passos deste tipo de avaliação consistem em solicitar aos elementos da equipa de saúde (enfermeiros, médicos, estudantes de medicina presentes, outros profissionais) que completem a avaliação em 360 graus seguindo uma rotação no sentido de captar de imediato o desempenho do interno de medicina após a interacção com o utente, compilar os dados das avaliações e dar um feedback aos tutores clínicos. É sugerido utilizar uma base de dados informática para gerir a informação e incluir uma auto-avaliação do aluno de forma a comparar a auto-percepção das suas competências com a informação fornecida pelos avaliadores em 360 graus (ACGME, 2005).

Com este método consegue-se assim obter múltiplas perspectivas sobre as aptidões interpessoais e de comunicação dos médicos, que pelo facto de provirem de vários elementos confere maior validade e fiabilidade à técnica, e beneficia a capacidade dos médicos em melhorarem o processo de auto-avaliação por comparação com as outras apreciações obtidas.

As desvantagens relacionam-se com o facto de necessitar de um grande número de avaliadores de forma a se obter um resultado estável acerca do desempenho, e com a necessidade de se dispor de um aplicativo informático para tratar os dados. Existe ainda alguma dificuldade em aceitar o conceito deste método por parte de alguns médicos, no entanto é considerado exequível e útil para identificar necessidades de formação (ACGME, 2005).

5.5. Avaliação de conhecimentos sobre comunicação

Este tipo de avaliação tem como objectivo principal testar os conhecimentos, percepções e atitudes dos profissionais e estudantes sobre processo e conteúdo comunicacional. Inclui perguntas de escolha múltipla e testes com escalas de inteligência emocional, com questões de foco ético e relacionadas com atitudes empáticas, estimulando a aprendizagem sobre abordagens comunicacionais. É considerado útil para avaliar essencialmente necessidades educacionais, e não tanto no âmbito profissional para efeitos de certificação (Duffy *et al.*, 2004).

5.6. Gravação por meios audiovisuais

Com o intuito de incentivar o desenvolvimento de competências comunicacionais, com base na avaliação e no ensino, este método destina-se, de acordo com a literatura, a ser aplicado a internos de medicina e médicos. O feedback obtido

através de gravações de áudio e vídeo pode ser utilizado com efectividade para o desenvolvimento de capacidades de comunicação, apesar do custo elevado, permitindo identificar pontos fortes e pontos fracos na interacção com o doente, sendo uma técnica útil para investigação em comunicação (Duffy *et al.*, 2004).

Esta forma de ensino através da visualização de filmes educativos é considerada ideal para promover a discussão sobre um leque de temas relacionados com competências interpessoais e de comunicação, estimulando a reflexão acerca de determinados aspectos como a informação de más notícias, entrevista clínica e o impacto psicossocial de doenças terminais. De acordo com o projecto desenvolvido pelo ACGME (2005), pretende-se com esta técnica que os internos sejam capazes de reflectir sobre a importância destas competências na relação entre utente e profissional, de aplicar métodos efectivos na comunicação de notícias negativas e de descrever o impacto de uma doença terminal no utente e respectiva família.

Quanto a resultados da utilização da classificação de alunos a partir da gravação por vídeo de entrevistas com utentes, o estudo “*Improving Interpersonnal Communication*”, integrado no *Quality Assurance Project* (1999), demonstra que os alunos que receberam formação sobre competências comunicacionais através deste método apresentaram uma melhoria significativa nas aptidões e técnicas de entrevista em comparação com um grupo de estudantes de controlo, que evidenciou poucas mudanças no comportamento ao longo do estudo. O grau de satisfação atribuído por utentes a estudantes formados melhorou significativamente, enquanto as classificações dadas ao grupo de controlo declinaram no mesmo período.

5.7. *Wayne State Medical Interviewing Inventory*

Perante as desvantagens apresentadas pelos instrumentos existentes e as necessidades de melhoria identificadas, Skillings *et al.* (2010) desenvolveram um novo método, com base nas *guidelines* da ACGME, designado por *Wayne State Medical Interviewing Inventory (Wy-Mii)*. Este consiste numa escala de classificação das competências interpessoais e de comunicação de médicos residentes, durante o momento da entrevista clínica, real ou simulada, acompanhada de gravação de vídeo. É constituída por 27 itens, em que os primeiros 22 avaliam as tarefas comunicacionais, de forma semelhante à estrutura SEGUE mas também atribuem uma nota qualitativa a cada tarefa, numa escala de 0 a 9, desde «não realizado» a «bem realizado». Os outros cinco itens destinam-se a avaliar as competências interpessoais, que devem estar presentes durante toda a interação entre o médico e o utente e não apenas em determinados momentos da entrevista ou da observação clínica. Para isso, dispõe também de uma escala de 0 a 9 de forma a avaliar o grau de efectividade das competências aplicadas, variando de «inexistente» a «aplicação admirável da competência». É sugerido ainda um espaço a par de cada item para comentários no sentido de facilitar no feedback ao estudante e auxiliar no ensino para próximas entrevistas.

Este instrumento teve um período experimental de cerca de seis meses, com importantes mudanças nomeadamente na facilidade de ensinar e avaliar as competências e conhecimentos teóricos, inclusivamente, bem como identificar necessidades de aprendizagem mais rapidamente, segundo Skillings *et al.* (2010). Outra vantagem é descrita pelo autor como o crescente impulso e interesse por parte dos médicos seniores em desenvolverem e aprenderem mais sobre competências comunicacionais. Associada a este instrumento, encontra-se ainda em evolução a técnica de avaliação da comunicação escrita dos médicos residentes.

Na tabela seguinte, são apresentadas as metodologias de avaliação descritas de forma sumária, resumindo as características, benefícios e desvantagens da sua aplicação, de acordo com o que é indiciado pela investigação internacional.

Instrumento de avaliação	Características gerais	Benefícios / Vantagens	Desvantagens / Inconvenientes
1. Observação directa (ex: <i>SEGUE</i> ; <i>Mini CEX</i> ; <i>HMSCSF</i> ; <i>CCOG</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Método mais comum na avaliação de competências gerais e específicas; - Consiste na observação de comportamentos e competências interpessoais presentes na interacção, através de checklists e escalas de classificação global. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo custo; - Atribui um feedback imediato ao elemento avaliado baseado no seu comportamento do momento, e não na opinião global do seu desempenho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consome tempo; - Exige formação para utilizar os instrumentos de avaliação; - Alguns instrumentos não permitem avaliar a qualidade do desempenho, como é o caso da estrutura <i>SEGUE</i>.
2. Simulação de interacções com doentes padronizados	<ul style="list-style-type: none"> - Um grupo de pessoas é treinado para representar casos clínicos no papel de doentes, de forma standardizada e consistente, para avaliar competências interpessoais dos estudantes, em contexto real (consulta ou serviço hospitalar) ou simulado (faculdade). 	<ul style="list-style-type: none"> - Muito útil para ensinar e avaliar competências; - Retribui um bom feedback ao estudante do seu desempenho. 	<ul style="list-style-type: none"> - O treino de doentes padronizados tem um custo elevado.

<p>3. Feedback dos utentes, por inquérito</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atribuição de uma classificação às competências de comunicação do profissional. - Utilização de índices de satisfação do utente nas organizações de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os doentes são considerados os melhores avaliadores, cuja experiência pessoal é considerada mais útil e relevante para avaliar a qualidade da relação entre profissional e utente. - Permite melhorar aspectos comunicacionais dos profissionais; - Uma das estratégias eficazes e com baixo custo é a análise das queixas dos utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - As classificações atribuídas são influenciadas pelas percepções do seu estado de saúde; - Dificuldade dos doentes em diferenciar elementos da relação interpessoal; - Custo elevado.
<p>4. Avaliação em 360 graus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha de avaliações de competências provenientes de múltiplas fontes; - Contém uma componente de auto-avaliação complementar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilita obter várias perspectivas sobre as aptidões dos clínicos; - As classificações de vários avaliadores permitem aumentar a validade e fiabilidade dos dados; - Estimula a auto-avaliação por parte dos clínicos em comparação com as avaliações por terceiros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exige um número elevado de avaliadores para se conseguir chegar a uma classificação de desempenho estável; - É conveniente dispor de uma base de dados informática para tratamento dos dados.

5. Avaliação de conhecimentos, através de provas escritas e orais	<ul style="list-style-type: none"> - Testa os conhecimentos dos estudantes e/ou profissionais, através de questões de escolha múltipla, exames escritos e/ou orais; - Utilização de escalas de inteligência emocional; - Custo varia de baixo a elevado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Torna-se útil na identificação de necessidades formativas sobre comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não é um método adequado para aplicar com efeito de certificação profissional.
6. Gravação por áudio / vídeo	<ul style="list-style-type: none"> - Método utilizado em contexto educativo e de avaliação; - Consiste na gravação da interacção entre o médico e o utente, em formato áudio ou vídeo, para posterior análise. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promove o debate sobre competências interpessoais e estimula a reflexão sobre a sua importância; - Fomenta a melhoria das competências comunicacionais dos médicos e do grau de satisfação dos utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Custo elevado.
7. Wy-Mii	<ul style="list-style-type: none"> - Método sugerido por Skilling <i>et al.</i> (2010) com vista a complementar os já existentes; - Consiste na observação da interacção com o utente, com base numa checklist de 27 itens e gravação de vídeo; - Avalia a presença das competências interpessoais e a qualidade do desempenho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilita o ensino e a avaliação de competências; - Estimula o interesse dos médicos em desenvolverem competências interpessoais e de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apesar de não haver referência por parte do autor, presume-se que apresente um custo elevado e que a sua aplicação ainda não se encontre consistentemente validada.

Tabela 1 – Metodologias de avaliação de competências interpessoais e de comunicação.

Tendo em conta a investigação realizada a nível internacional, poder-se-á pensar numa estrutura de um instrumento de avaliação de competências susceptível de ser aplicado nas unidades de saúde a nível nacional. Este método deverá então avaliar as competências e qualidades do profissional de saúde que são importantes para o doente e que, de acordo com a literatura, representam um contributo para a melhoria dos cuidados. A autora sugere que, a partir de um modelo tipo *checklist* com base na observação, o instrumento deve idealmente conter a descrição das competências interpessoais e de comunicação necessárias durante o momento em que o profissional de saúde interage com o doente, avaliando em simultâneo o contexto e a qualidade das suas capacidades relacionais.

As principais dimensões que devem servir de fio condutor na construção do instrumento de avaliação e em que se devem encontrar abrangidas as competências e qualidades essenciais, podem ser definidas, com base na literatura, como:

- i. Apresentar-se/ cumprimentar o doente;
- ii. Conhecimento da situação clínica do doente;
- iii. Escutar o doente;
- iv. Demonstrar respeito e compreensão;
- v. Colheita de informação;
- vi. Comunicação da informação;
- vii. Envolver o doente, mostrar interesse em trabalhar em equipa com ele;
- viii. Competência técnica;
- ix. Medidas de prevenção e controlo de infecção (por exemplo: desinfectar as mãos antes e depois do contacto com o doente);

-
- x. Comunicação escrita: registos legíveis, claros, concisos e concretos sobre cuidados prestados e situações importantes para a evolução do estado de saúde do doente.

6. Estratégias de desenvolvimento de competências interpessoais e de comunicação

Como obstáculos à qualidade da comunicação, a literatura identifica a falta de formação e treino dos profissionais, pelo que as competências comunicacionais deverão ser parte integrante da formação profissional, providenciada pelas organizações de saúde e pelo meio académico.

Hobgood *et al.* (2002) afirma que é possível ensinar e aprender atitudes, competências e conhecimento desejáveis a uma comunicação efectiva. A aplicação de um programa de formação contínua com o objectivo de melhorar as competências comunicacionais dos médicos resulta em melhores níveis de satisfação dos doentes.

Desta forma, de acordo com Simpson *et al.* (1991), as competências interpessoais e de comunicação devem ser parte integrante da formação dos profissionais de saúde, de forma a preparar desde cedo os futuros profissionais a lidarem com diferentes situações, com a saúde e a doença, a ultrapassarem obstáculos e desafios. O seu desenvolvimento permite ampliar a percepção do profissional sobre as pessoas, ajudando-o a lidar com essas questões. Para tal, é necessária flexibilidade, auto-iniciativa, criatividade e cultivar uma boa relação consigo mesmo, investindo no crescimento pessoal e sócio-profissional.

6.1. Formação em competências interpessoais em saúde

A componente comunicacional é abordada ao longo da formação académica em saúde, quer no curso de medicina quer no de enfermagem, embora de um ponto de vista informal, sem um foco específico sobre competências interpessoais. No entanto, tem-se assistido a uma inversão desta tendência com a existência de formação nesta área essencialmente na fase pós-graduação.

O estudo nacional sobre comunicação hospitalar coordenado pelo Professor Paulo Moreira, relativamente ao ponto da formação em comunicação, conclui que menos de metade (44%) dos hospitais inquiridos formam médicos e enfermeiros em comunicar com os pacientes, e que somente menos de um terço (22%) organiza formações sobre como comunicar com os colaboradores. Cerca de trinta e oito por cento faculta formação sobre “Comunicar com todos: como falar de forma eficaz”, um terço dos hospitais apresenta formação sobre “Apresentações – como falar em público”, e a “Escrita eficaz” constitui tema de formação apenas em treze por cento dos hospitais inquiridos. Quanto à comunicação de notícias negativas, de abordagem complexa para os profissionais, nomeadamente à forma como deve ser feita, apenas um terço dos hospitais proporciona formação sobre esta questão.

A formação em comunicação da saúde e competências interpessoais assume a nível nacional cada vez mais prioridade, tendo em conta a sua importância e necessidade para a prática profissional. Até então, estava implícito no programa de formação clínica o desenvolvimento destas competências mas de forma pouco aprofundada e desprovida de critérios de avaliação. O docente ou tutor detém neste processo um papel fundamental, pois o seu desempenho e a sua capacidade de comunicação verbal e não verbal vão influenciar o desenvolvimento dessas aptidões no aluno e a forma como vai interagir com o doente (Pereira e Spagnuolo, 2006).

Tem-se observado uma preocupação em incluir o desenvolvimento de competências interpessoais no processo de formação, principalmente de gestores

da área da saúde, com a realização de formações práticas, destacando assim a importância da gestão e do estabelecimento de relações interpessoais como base das ações do gestor.

A falta de formação dos profissionais de saúde pode constituir um obstáculo à qualidade da comunicação e assim comprometer a segurança dos cuidados e eficácia dos resultados, pelo que ensinar sobre como comunicar torna-se assim cada vez mais valorizado e necessário.

Por vezes, os profissionais tendem a sobrevalorizar as suas competências interpessoais, não sendo capazes de identificar com clareza a necessidade do seu desenvolvimento. Importa por isso apresentar um corpo de conhecimento estruturado sobre este tipo de competências.

Parte III

1. Limitações do estudo

A essência deste projecto de investigação prende-se com o conhecimento da evidência sobre competências interpessoais e de comunicação no contexto da saúde, em que através da pesquisa efectuada observou-se que a bibliografia existente sobre este tema reporta-se sobretudo a artigos e estudos internacionais.

Constatam-se assim importantes limitações deste trabalho, salientando-se o facto de existirem poucos artigos sobre o tema, sendo uma área de investigação em desenvolvimento e que começou recentemente a tomar importância nas organizações de saúde e contexto educativo. De acordo com a pesquisa realizada, verificou-se que o estudo da importância das competências interpessoais encontra-se sobretudo focado no desempenho dos médicos, bem como as metodologias de avaliação existentes foram apenas testadas e a sua aplicação é essencialmente direccionada para médicos, em que as competências interpessoais dos enfermeiros são deste modo pouco reconhecidas em matéria de investigação.

A nível nacional, existe muito pouca evidência sobre avaliação de competências interpessoais e comunicacionais, sendo ainda um tema pouco debatido, cuja bibliografia se resume sobretudo a artigos científicos sobre comunicação na relação entre o profissional de saúde e o doente.

2. Conclusões/Recomendações

Com este projecto, a autora pretendeu dar a conhecer o que existe sobre competências interpessoais e de comunicação no contexto da saúde, de forma representativa, com base na investigação internacional, no sentido de compreender qual a sua importância para os resultados em saúde e que desenvolvimentos têm decorrido acerca deste tema.

A revisão efectuada demonstra que a relação terapêutica entre o profissional de saúde e o utente requer um compromisso interpessoal de qualidade. Dada a complexidade da dinâmica interpessoal, os métodos de avaliação da satisfação do utente e de competências interpessoais apenas tem relevante impacto quando combinados com modelos de melhoria da qualidade dos cuidados e do desempenho dos profissionais.

Vários estudos descrevem o impacto das competências interpessoais e de comunicação na experiência vivenciada pelos doentes, melhorando a sua adesão a regimes terapêuticos, com conseqüente efeito nos resultados clínicos. A satisfação encontra-se relacionada com a qualidade do processo de comunicação, cujas falhas estão na origem de grande parte das queixas apresentadas pelos utentes. Estas falhas de comunicação entre os elementos da equipa são, como se constatou, frequentes, com o risco de provocarem erros clínicos que se podem revelar fatais para o doente. Não se deve considerar que a comunicação eficaz ocorre naturalmente, esta necessita de ser trabalhada, pelo que o desenvolvimento das competências interpessoais deve ser fomentado, no sentido de contribuir para a redução de erros.

As competências interpessoais são por isso necessárias aos profissionais de saúde pois habilitam-nos a lidar com as mais diversas situações e a construir relações interpessoais de forma eficaz. O bom funcionamento em equipa multidisciplinar, com base numa comunicação eficaz, aumenta o nível de motivação e favorece maiores índices de satisfação profissional e bem-estar,

contribuindo para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados. Segundo o estudo nacional de comunicação hospitalar, existe uma falta de motivação dos colaboradores para melhorar a comunicação, identificando a necessidade de motivação das pessoas implicadas e de uma mudança de mentalidades e atitudes, bem como a necessidade de formação. Importa, por isso, sensibilizar e motivar os colaboradores no sentido de melhorar as competências comunicacionais, estimulando a auto-avaliação das suas acções, e oferecer formação específica sobre o tema.

Deste modo, o ensino de competências na área da comunicação é vital para a prática de cuidados de saúde, tanto ao longo da formação académica como em programas de formação contínua, direccionado fundamentalmente para médicos e enfermeiros, apresentando também benefícios ao abranger outros grupos profissionais de saúde com contacto próximo com utentes, como os assistentes operacionais e administrativos.

O crescente esforço para avaliar competências constitui uma oportunidade para se definir claramente os aspectos da comunicação entre profissional e doente e integrá-los em todos os níveis educativos.

Enquanto nenhum instrumento de avaliação é capaz por si só de captar todas as dimensões e perspectivas da comunicação na relação com o utente e entre profissionais, existem vários métodos que se complementam neste panorama complexo. Dos métodos de avaliação expostos neste projecto, pode-se concluir que a *checklist*, baseada na observação directa, apresenta-se como uma técnica possivelmente aplicável nas nossas unidades de saúde. Os métodos mais desejados de acordo com a investigação internacional são a simulação com doentes-padrão e o feedback obtido dos doentes, seguidos da avaliação em 360 graus; no entanto, o custo elevado e outras desvantagens tornam a sua aplicação pouco provável nos serviços.

A evidência demonstra que não há uma forma simples ou prática de melhoria da qualidade da relação entre profissionais e utentes, existindo pouca referência a eficácia de medidas específicas para melhorar este aspecto. De forma a colmatar estas lacunas, a literatura sugere uma *checklist* de reflexão sobre a relação do utente com o profissional de saúde de forma a ajudar a reforçar a relação terapêutica e a que os profissionais desenvolvam competências, e incentivar ao desenvolvimento de políticas de qualidade nesta área.

Com base na pesquisa efectuada e face às limitações inerentes ao presente estudo, é possível formular algumas recomendações para o desenvolvimento de competências interpessoais e de comunicação dos profissionais, impulsionadoras para novas pesquisas na área. Neste sentido, a autora apresenta como sugestões:

- A implementação de um instrumento de avaliação de competências nas unidades de saúde (*checklist*), integrado no desenvolvimento de padrões de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, cuja aplicação se destina a médicos e enfermeiros;
- Realização de acções de formação nas organizações de saúde sobre relações interpessoais e comunicação eficaz;
- A introdução de um módulo formativo sobre competências interpessoais em saúde e de comunicação clínica nos programas de ensino em escolas/faculdades;
- Elaboração de um manual ou guia de boas relações e práticas comunicacionais, pósteres e panfletos para sensibilização dos profissionais que, apostando no impacto visual, enaltecessem a importância da comunicação interpessoal;
- Criação de uma revista interna impressa ou digital, *newsletter* ou jornal hospitalar onde se publicassem artigos sobre comunicação em saúde e relações interpessoais nos cuidados de saúde;

-
- Realização de reuniões periódicas da equipa e promoção de debates sobre o tema;
 - Definição de políticas e procedimentos a nível institucional sobre competências interpessoais e comunicacionais na relação com o utente e em equipa.

Considera-se ainda pertinente abordar em futuros estudos a dimensão das falhas de comunicação em cuidados de saúde, a efectividade da comunicação entre profissionais de saúde e qual o impacto que poderão ter sobre os resultados de saúde. Desta forma, crê-se importante a continuação da investigação nesta área.

3. Referências bibliográficas e electrónicas

- 1º Estudo Nacional “Comunicação Hospitalar em Portugal”. [Em linha] Breathe Health/Inforpress Grupo, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2009, [Consult. 10 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.inforpress.pt/upload/pdf/estudo.pdf>
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) – Advancing education in interpersonal and communication skills: an educational resource from the ACGME Outcome Project. 2005 [Em linha] [Consult. 1 Abril 2011] Disponível em <http://www.acgme.org/outcome/implement/interpercomskills.pdf>
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) – Outcome Project Think Tank. 2005 [Em linha] [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em <http://www.acgme.org/outcome/project/thinktank.asp>
- Barakat, NG – Interpersonal skills. Libyan Journal of Medicine.Vol. 2, nº3 (2007) 152-153. [Em linha] [Consult. 10 Abril 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078212/>
- Bartlett, E. et al. – The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall, and adherence. Journal of Chronic Diseases. 37 (1984) 755-764.
- Beckman H. B.; Frankel R.M.; Markakis K. M. et al. – The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. Archives of Internal Medicine (June 1994) 154:1365-1370. [Em linha] [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8002688>
- Bercher, E. C.; Chassin M. R. – The wrong patient. Annals of Internal Medicine Journal (June 2002) 136: 826-833.

-
- Carmo, H.; Ferreira, M. M. – Metodologia da investigação: Guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 2008.
 - Chisolm A., Askham J. – What do you think of your doctor? A review of questionnaires for gathering patients' feedback on their doctor. Oxford: Picker Institute Europe, September 2006 [Em linha][Consult. 1 Junho 2011] Disponível em <http://www.engage.hscni.net/library/What%20do%20you%20think.pdf>
 - Coiera, E.; Parker, J. – Improving Clinical Communication: a view from Psychology. Journal of the American Medical Informatics Association. Vol. 7, nº 5. Set.-Out. 2000; 453-461. [Em linha] [Consult. 1 Abril 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10984464>
 - Coiera, E.; Tombs, V. – Communicational behaviours in a hospital setting: an observational study. British Medical Journal. Vol. 316 (February 1998) 673-676 [Em linha] [Consult. 1 Abril 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9522794>
 - Covell, D.G. et al. – Information needs in office practice: are they being met? Annals of Internal Medicine Journal (1985)103:596-9.
 - De Negri, B. et al - Improving interpersonal communication between healthcare providers and clients. Quality Assurance Project. EUA, 1997 [Em linha] [Consult. 1 Maio 2011] Disponível em <http://www.hciproject.org/node/898>
 - Dingley, C. et al. – Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. [Em linha] In Henriksen, K. [et al.] – Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) (August 2008) [Consult. 10 Maio 2011] Disponível em http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/advances-dingley_14.pdf

-
- Donabedian, A. – The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association. 260(12) (1988) 1743–48.
 - Duffy, F. D. et al.; Participants in the American Academy on physician and patient's conference on education and evaluation of competence in communication and interpersonal skills – Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Academic Medicine, Vol. 79, nº6 (June 2004) 495-507. [Em linha] [Consult. 20 Março 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15165967>
 - Evanoff, B. et al. – Can we talk? Priorities for patient care differed among health care providers. [Em linha] In: Henriksen K. et al. – Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Vol. 1: Research Findings). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2005 [Consult. 20 Maio 2011] Disponível em <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol1/Evanoff.pdf>
 - Evans, B. et al. – Communication skills training and patients' satisfaction. Health Communication, Vol. 4, nº2 (1992) 155–70.
 - Fortin, M. – O Processo de Investigação da Concepção à Realização. Loures: Lusociência, 2000.
 - Graça, L. – Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2009b.
 - Greenhalgh, T.; Heath, I. – Measuring quality in therapeutic relationship – part 1: objective approaches; part 2: subjective approaches. Quality & Safety in Health Care. British Medical Journal, Vol. 19, nº6. (December 2010) 475-483.
 - Hobgood, Cherri D. et al – Assessment of Communication and Interpersonal Skills Competencies. Academic Emergency Medicine (November 2002) Vol. 9, nº 11. 1257-1269. [Em linha] [Consult. 20 Março 2011] Disponível em <http://archive.cordem.org/06aaa/handouts/wagner2.pdf>

-
- Joint Commission [Em linha] [Consult. 1 Abril 2011] Disponível em <http://www.jointcommission.org/>
 - Knapp, Mark L.; Miller, Gerald R. – Handbook of interpersonal communication. 2nd edition. Thousand Oaks: Sage. 1994
 - Lobas J; Ferguson K.; Rosenbaum M. – Teaching Medical Students and Residents Skills for Delivering Bad News: A Review of Strategies. Academic Medicine Journal Vol. 79 (February 2004) 107-117.
 - Makoul, G. – Essencial elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. 2001 [Em linha] [Consult. 1 Junho 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11299158>
 - Martins, Lurdes – Comunicação Interdisciplinar. Revista Servir. Vol. 44, n. 02. 1996. p.64;
 - McKerrow, W. – Improving patient care and reducing risk through effective communication. Health Law Can, 1997. Vol. 18, nº1.30–32. [Em linha] [Consult. 1 Junho 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10178193>
 - Pereira, Maria L. T.; Spagnuolo, Regina – Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. Ciências da Saúde Coletiva, Nov.-Dez. 2007, Vol. 2, nº6. 1603-1610
 - Santos, M. et al. – Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático (2010) 47:57.
 - Schiavo, Renata – Health communication: from theory to practice. 1st ed. EUA. 2007
 - Schirmer, Julie M. et al. – Assessing communication competence: a review of current tools. Family Medicine. Vol. 37, nº3 (March 2005) 184-192. [Em linha]

-
- [Consult. 1 Junho 2011] Disponível em <http://www.stfm.org/fmhub/fm2005/March/Julie184.pdf>
- Simpson, Michael et al. – Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. British Medical Journal. Vol. 303, nº30 (November 1991) 1385-1387. [Em linha] [Consult. 1 Junho 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1671610/>
 - Skillings, Jared L.; Porcerelli, John H.; Markova, Tsveti – Contextualizing SEGUE: evaluating residents' communication skills within the framework of a structured medical interview. Journal of Graduate Medical Education (March 2010) 102-107. [Em linha] [Consult. 1 Junho 2011] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931228/>
 - Sousa, A. B. – Investigação em educação. Lisboa: Livros Horizonte, 2009.
 - Taylor, James R. Rethinking the theory of organizational communication: how to read an organization. Ablex Publishing Norwood, New Jersey.1993
 - Teixeira, José A.Carvalho – Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde-utentes. Análise Psicológica, Set. 2004, Vol. 22, nº3. 615-620. [Em linha] [Consult. 15 Abril 2011] Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a21.pdf>
 - Thompson, Teresa L. – Interpersonal Communication and Health Care. Capítulo 18. In Knapp, M.; Miller G. – Handbook of Interpersonal Communication. 2nd ed. EUA, 1994. 696-726.